Lane Medical Library

Aus dem Gerichtlich-medizinischen Institut der Universität München
Vorstand: Obermedizinalrat Professor Dr. Merkel

Die Unzulänglichkeit der äußeren Besichtigung u. Leichenschau im Hinblick auf die Sektionsbefunde zumal bei stumpfer Gewalteinwirkung

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät der Bayerischen Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Karl Kassel
aus Ramstein/Rheinpfalz

München 1935

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154015_0210

Aus dem Gerichtlich-medizinischen Institut der Universität München
Vorstand: Obermedizinalrat Professor Dr. Merkel

Die Unzulänglichkeit der äußeren Besichtigung u. Leichenschau im Hinblick auf die Sektionsbefunde zumal bei stumpfer Gewalteinwirkung

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät der Bayerischen Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Karl Kassel
aus Ramstein/Rheinpfalz

München 1935
Pilger-Druckerei G. m. b. H., Speyer a. Rh.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München.

*

Referent: Obermedizinalrat Professor Dr. Merkel

*

Mündliche Prüfung: 12. Dezember 1935

Meinen lieben Eltern gewidmet!

Die Einrichtung einer behördlichen Leichenschau läßt sich keineswegs allzuweit zurückverfolgen. Sie ist vielmehr eine Einführung der Neuzeit; setzt sie doch einen sozial denkenden Staat voraus, der sich um das Wohl und Wehe seiner Angehörigen kümmert. Auch die Einstellung der Ärzteschaft zu dieser Forderung ist maßgebend, da letzten Endes alle Bestrebungen in dieser Richtung von einem gut ausgebildeten Ärztestand ausgingen.

Am weitesten zurückverfolgen läßt sich die Leichenschau in Frankreich, wo bereits zu Ausgang des 13. Jahrhunderts beamtete Ärzte diese ausübten. Anders liegen die Verhältnisse in Deutschland: wir haben auch heute noch keine reichsgesetzliche Regelung, vielmehr ist die Ausführung der Leichenschau der Gesetzgebung der einzelnen Länder überlassen. Hat doch selbst ein Mann mit so großem organisatorischen Talent und solch überragendem Verdienst um die soziale Gesetzgebung wie Bismarck erklärt, die Totenschau habe nur den Zweck, medizinisch-statistisches Material zu liefern, deswegen es sich nicht lohne, die Beamten damit zu belasten. Heute sind wir jedoch so weit, daß wenigstens in einem großen Teil Deutschlands die Leichenschau geregelt ist und zwar wird sie zum großen Teil von Laien, zum kleineren Teil von Ärzten vorgenommen. Nur in Preußen, Thüringen, Oldenburg, Mecklenburg-Schwerin, Mecklenburg-Strelitz, Braunschweig, Anhalt und Lippe fehlt die staatliche Regelung. Hier wird es den einzelnen „örtlichen Verwaltungen nahegelegt, die Leichenschau einzuführen". Doch kann man sagen, daß sowohl der Arzt als auch der Laie die Totenschau heute als selbstverständlich erachtet. Natürlich muß verlangt werden, daß sie auch vorschriftsmäßig durchgeführt wird. Dabei darf es nicht vorkommen, daß — wie sich in Wien ein Fall ereignete — der Totenbeschauer die Strangfurche am Hals eines Erhängten übersah, da er das Tuch, das die Frau des Toten ihrem Mann um Kinn und Kopf gebunden hatte, nicht entfernte. Ebenso berichtet Kreisarzt Dr. Klein aus St. Goar einen Fall, in dem der Stiefvater, der sein Kind schwer mißhandelt hatte, ohne entsprechende Strafe ausging, da der Arzt, um das Gefühl der Eltern nicht zu verletzen, das Kind angekleidet besichtigt!! An dem nach 5 Wochen exhumierten Leichnam war die gerichtliche Ermittlung des

Falles so erschwert, daß der Angeklagte mit einer leichten Strafe davonkam. Die Leiche muß daher unbekleidet und sowohl auf der Vorder- als auch Rückseite genauestens besichtigt werden, nur dann haben wir die Gewähr, daß nichts versäumt wird. Auch sollten zur Ausübung der Leichenbesichtigung nur Ärzte oder gewissenhafte, von Amtsärzten geprüfte Laien zugelassen werden.

Bei Berücksichtigung all dieser Punkte leistet uns die Leichenschau große Dienste. Dient sie doch in erster Linie dazu, den eingetretenen Tod festzustellen und Verwechslungen mit Scheintod zu verhindern. Ferner kann sie zur Ermittlung der Todeszeit und der Erkennung der Lage, in der sich der Körper beim Tod oder seit Eintreten des Todes befand, beitragen. In manchen Fällen ist sie auch im Stande, die Todesursache festzustellen. Auf der anderen Seite liegt der Nachteil der bloßen Besichtigung darin, daß durch die Leichenerscheinungen Veränderungen auftreten, die die Erklärung des Todes oder der Umstände, die den Tod herbeiführten, erschweren. Manchmal ist es durch die Leichenerscheinungen bezw. Fäulnisveränderungen sogar unmöglich, durch die Leichenschau die Todesursache festzustellen, was von besonderer Wichtigkeit ist, wenn die Hand eines Dritten mit im Spiele war. Daher ist es falsch anzunehmen, daß man durch die Leichenschau allein neben den polizeilichen Ermittlungen genügend Unterlagen für die Beurteilung eines Falles haben könnte und müßte. Wird die Sektion unterlassen, so entstehen oft irreführende, ja falsche Schlußfolgerungen, die nicht dazu angetan sind, das Ansehen sowohl der Ärzte als auch das Vertrauen in die Rechtsprechung zu erhöhen. Daher ist es auch erklärlich, daß in manchen Ländern trotz der Schwierigkeiten, die sich von Seiten der Angehörigen wie auch Behörden ergeben haben, die Sektion in jedem auch nur irgendwie zweifelhaften Fall durchgeführt wird.

Bahnbrechend in dieser Beziehung war Österreich, das bereits im Jahre 1855 die Anordnung traf: An allen Personen, die plötzlich aus voller Gesundheit heraus ohne ärztliche Hilfe sterben, hat eine behördliche Leichenöffnung — die sogenannte sanitätspolizeiliche Obduktion — stattzufinden. In Deutschland sind wir auch heute noch nicht so weit. Wenn auch die Sektionsfreudigkeit bei uns, besonders in Bayern in letzter Zeit zugenommen hat, so steht die Zahl der Sektionen keineswegs im Verhältnis zu deren Bedeutung. Die Sektion ist vorgeschrieben auf oberpolizeiliche Anordnung bei Verdacht auf ansteckende, übertragbare Krankheiten; ferner ist die Sektion

vorgeschrieben bei Feuerbestattungen und zwar bei amtsärztlich nicht festgestellter Todesursache oder bei Verdacht, daß der Tod durch eine strafbare Handlung herbeigeführt sei. Ein großer Teil der Sektionen wird vorgenommen auf Verfügung der Staatsanwaltschaft hin und endlich auch auf Wunsch der Berufsgenossenschaften, um die genaue Todesursache festzustellen. Demgegenüber stehen die klinischen Sektionen, die jedoch meist rein wissenschaftlichen Charakter tragen. Und doch würde in vielen Fällen die Sektion aufklärend wirken und manches zu Tage fördern, was vorher niemand geahnt hätte.

So sollen denn die folgenden Ausführungen an Hand des großen Materials des hiesigen gerichtlich-medizinischen Instituts wieder einmal darauf hinweisen, wie wichtig die Sektion ist und wie oft schon Fehler unterlaufen sind, die bei Vornahme der Sektion hätten vermieden werden können. Da vornehmlich bei stumpfer Gewalteinwirkung, wo äußerlich meist nichts oder nicht viel zu erkennen ist, sehr viel übersehen wird, sei deshalb gerade auf diese Art der Verletzungen hingewiesen.

Wie ist es nun zu erklären, daß man oft bei der äußeren Besichtigung nichts sieht, während schwere innere Verletzungen vorliegen? K r a t t e r geht soweit, daß er sagt, daß hochgradige Quetschungen sowie Zerreißungen innerer Organe bei unverletzter Haut direkt die Regel seien. So bemerkt er ferner, daß bei Menschen, über welche Eisenbahnzüge gingen, die Haut unverletzt blieb, während die inneren Organe, selbst Knochen, zu Brei zermalmt waren. Erklärlich ist dies allerdings durch die hochgradige Widerstandsfähigkeit und Elastizität der Haut, die einer starken Quetschung und Dehnung standhalten kann.

Zu obiger Ausführung der Befund bei der Sektion des Schriftsetzers St. H. der sich von der Eisenbahn hatte überfahren lassen: (G. S. 476/34.) Es finden sich Blutunterlaufungen und Hautabschürfungen des linken Unterschenkels sowie des rechten Unterarmes. Quer über den Leib zieht eine 12 bis 15 cm breite Hautabschürfungsspur; der Rumpf hängt an dieser Stelle nur noch mit der Körperhaut zusammen. Die Rückfläche des Körpers zeigt einige kleinere Berstungs- und Durchspießungswunden dicht neben der Wirbelsäule.

Nun im Vergleich zu den für einen so schweren Unfall verhältnismäßig geringen äußeren Verletzungen das Bild bei Eröffnung der Bauchhöhle: es bietet sich ein blutiger Haufen von zertrümmer-

ten Organen der Brust und oberen Bauchhöhle dar. Die Rippen sind rechts von der 5. Rippe nach abwärts und links von der 8. Rippe nach abwärts mehrfach gebrochen und zersplittert. Das Zwerchfell ist nur in Fetzen vorhanden. Das Herz ist aus dem zerrissenen Herzbeutel luxiert. Im linken und vor allem rechten Brustfellraum liegt ein blutiger Leberbrei. Die ganze rechte Leberhälfte — noch einigermaßen erhalten — liegt in der rechten Nierengegend. Die Milz ist vollständig zertrümmert, die Gallenblase hängt — von der Leber getrennt — am unversehrten Pankreas. Der Magen ist quer durchgerissen, der Dünndarm zeigt zahlreiche Quetschungsherde, während der Dickdarm unverletzt ist. Die rechte Niere liegt — sowohl aus ihrer Fettkapsel als auch eigentlichen Kapsel herausgelöst — der Lendenwirbelsäule fest auf und zeigt mehrere Einrisse der Oberfläche, sämtliche Gefäße sind abgerissen. Die Wirbelsäule in Höhe des 9. bis 11. Brustwirbels ist glatt durchgebrochen, ein herausgestanztes Stück liegt frei in der Bauchhöhle.

Niemand hätte nach den äußeren Verletzungen solche verheerenden Zerstörungen erwartet. Die rasch einsetzende Verblutung aus den zertrümmerten Organen erklärt es in einem solchen Fall, daß die Entwicklung von Blutungen in das Unterhautzellgewebe unterbleibt; auch die Haut bleibt dank ihrer Elastizität fast unverletzt.

Bei Jugendlichen müssen wir besondere Verhältnisse berücksichtigen. Bei ihnen kommen schwere Lungenverletzungen vor, ohne daß die Haut und Rippen verletzt sind. Diese fast paradoxe Erscheinung findet ihre Erklärung in der Elastizität der Rippen, die gerade im jugendlichen Alter ganz besonders groß ist. Hier ist nur das Mittelstück des Knochens fest und relativ ausgewachsen. Gegen das Gelenkende zu besteht dann der Knochen nur aus Knorpelsubstanz und diese Verhältnisse bringen das elastische Moment in den jugendlichen Knochen. (Wehner.) Weiterhin bringt es die Elastizität des Knochens mit sich, daß selbst bei Rupturen des Gehirns der Schädel intakt bleibt. Zaaijer beschreibt einige bis jetzt wenig bekannt gewordene Fälle. Auch am hiesigen Institut werden z. Zt. einige derartige Fälle in einer Dissertation behandelt (Heuser).

Beim Sturz aus der Höhe machen wir die Erfahrung, daß bei der bloßen Besichtigung die Haut keine Verletzungen aufzuweisen braucht. Herr Prof. Merkel hat in einer Zusammenstellung in einem ausführlichen Bericht für die Staatsanwaltschaft München 32 Fälle beschrieben von tötlichem Absturz aus der Höhe. Davon

waren 15 — also fast die Hälfte — ohne Wunde am Kopf, 10 hatten eine Wunde und nur 7 zeigten zwei oder mehrere Wunden an dem Ort der Gewalteinwirkung. Hier kommen neben der Elastizität der Haut auch noch andere Momente, wie Schutz der Haare, der Kleider (dicke Kleider, besonders im Winter) oder der Unterlage, auf die der Körper fällt, hinzu.

Von großer Bedeutung ist weiterhin die bekannte Tatsache, daß bei stumpfer Gewalteinwirkung und den damit oft verbundenen Frakturen immer freies Fett in den venösen Kreislauf geschwemmt wird. Es kann so der Tod durch Verlegung der Lungenkapillaren und bei offenem foramen ovale durch Verstopfung der kleinsten Gefäße des Gehirns herbeigeführt werden. Die Leichenschau ist hier nicht im Stande auch nur das Geringste festzustellen, selbst auf Grund des klinischen Befundes muß es bei einer Vermutungsdiagnose bleiben und erst durch die mikroskopische Untersuchung wird unsere Vermutung bestätigt. So sehen wir, daß uns in vielen Fällen die äußere Besichtigung im Stiche läßt. Einige Beispiele sollen dies noch genauer darlegen:

(G. S. 94/25.) L. W., russischer Staatsrat, war bei einem Autozusammenstoß tödlich verunglückt. Der Amtsrichter begnügte sich mit der gerichtlichen Leichenschau, da der Tod einwandfrei durch schwere Schädelverletzungen sowohl der Schädelbasis als auch des Schädeldaches geklärt schien. Bei der nach 4 Wochen exhumierten Leiche fanden sich bei der Sektion (G. S. 109/25) zwar Brüche des knöchernen Nasengerüstes und der beiden Augenhöhlendächer, doch das Schädeldach und der knöcherne Schädelgrund waren frei von Knochenbrüchen. Auf Grund dieses Befundes mußte also der Tod durch Gehirnlähmung eingetreten sein. Die Sektion widerlegte damit die Annahme der Leichenschau, bei der durch die Betastung der Stirn ein querer Schädelbruch durch den Stirnschädel von rechts nach links angenommen worden war.

Oft gilt es, die Frage zu entscheiden: ist der Verlebte eines natürlichen oder eines gewaltsamen Todes gestorben? So erweckt ein plötzlich eingetretener Tod den Verdacht einer unnatürlichen Todesart. Bestärkt wird dieser Verdacht dann noch durch die gelegentlich vorhandenen Verletzungen, die durch das plötzliche Zusammenbrechen sogar sehr schwere sein können. Solche Verletzungen können dann den Leichenschauer dazu verleiten, sie als primäre Todesursache anzunehmen. Bei der vorgenommenen Sektion läßt sich aber dann eine natürliche Todesursache feststellen.

Dazu nur zwei Beispiele:

Fall 1. (G. S. 173/27.) Ein 61jähriger Mann war auf dem Oktoberfest aus der „Himalajabahn" auf ihrer größten Höhe herausgestürzt und starb 5 Stunden nach dem Unfall. Bei der am gleichen Tag vorgenommenen Sektion zeigte sich, daß lebenswichtige Organe nicht erheblich verletzt waren. Ebenso konnten keine Verletzungen des Gehirns und Schädeldaches gefunden werden. Es fand sich jedoch eine hochgradige Verkalkung der Herzschlagadern. Auf diesen Befund hin wurde — zumal auch noch der Magen eine starke Füllung zeigte, — was nach Herrn Prof. Merkel unbestritten wichtig ist bei plötzlichen Todesfällen — an einen Anfall von Angina pectoris gedacht, den der Mann bei der Fahrt erlitten hatte. Die Auslösung dieses Anfalles wurde noch verstärkt durch den rein äußerlichen Reiz des Luftunterschiedes bei der schnellen Fahrt; in seiner Atemnot war er dann im Fahren unüberlegterweise aufgesprungen, hatte natürlich bei der rasenden Fahrt das Gleichgewicht verloren und war abgestürzt. Tatsächlich will ihn auch ein Zeuge zwischen zwei Wagen stehend gesehen haben. Ebenso gaben die Angehörigen zu, daß er schon längere Zeit an schweren Herzanfällen gelitten hatte. Nachdem also vorher der Sturz als primäre Ursache angesehen war, mußte auf Grund des Sektionsergebnisses zugegeben werden, daß erst der Anfall den Sturz bedingt hatte.

Fall 2. (G. S. 51/1934.) Ein 45jähriger Brauereiarbeiter sollte mehrere Wochen vor seinem Tod beim Sandstreuen ausgerutscht sein. Diesen Unfall versuchten die Angehörigen mit dem Tod in Einklang zu bringen. Wegen der Unwahrscheinlichkeit des Zusammenhanges des Todes mit diesem fraglichen Unfall wurde die Sektion vorgenommen. Die ergab jedoch keinen Anhaltspunkt für ein vorangegangenes Trauma. Man fand vielmehr ein bereits mehrere Monate altes Magengeschwür, das durch Perforation zu einer tötlichen fibrinös-eitrigen Peritonitis geführt hatte.

Schlußfolgerung: Beide Fälle hätten ohne Obduktion auf eine gewaltsame, äußere Einwirkung hingewiesen, was durch die sorgfältig ausgeführte Obduktion widerlegt werden konnte.

Umgekehrt scheint oft alles für einen natürlichen Tod zu sprechen, in Wirklichkeit läßt sich dann durch Befragen nach der Sektion irgend ein scheinbar harmlos verlaufener Unfall als Todesursache verantwortlich machen. So wurde von Herrn Professor Merkel in Metz ein Landwehrmann seziert, der mit der klinischen Diagnose Grippe hereinkam. Der Mann war ein Jahr vor seinem Tod im Schützengraben verschüttet worden. Dabei mußte er sich

eine schwere Leberruptur zugezogen haben. 4 Wochen nach dem Unfall schienen die Beschwerden soweit behoben; wenigstens wurde der Mann wieder zum Dienst herangezogen. Nun klagte er in zu- und abnehmender Stärke das ganze Jahr hindurch über Schmerzen in der rechten Oberbauchgegend. Er nahm dabei auch unwillkürlich eine etwas nach vorn geneigte Körperhaltung, ähnlich einer leichten Skoliose ein. Da sich trotz mehrfacher Untersuchung objektiv nichts nachweisen ließ, wurde er für einen Simulanten gehalten. Schließlich stellte sich Fieber ein und unter zunehmendem septischem Krankheitsbild starb der Betreffende. Trotz dieser langen Leidensgeschichte des armen Menschen hielt der Arzt die Diagnose Grippe bis zum letzten Tag aufrecht. Hätte hier die Obduktion nicht einen faustgroßen, sicher aus einer zentralen Ruptur hervorgegangenen Absceß der Leber, herrührend von der Verschüttung, festgestellt, so hätte man die eigentliche Todesursache nie erfahren. (B a u e r.)

Eine große Rolle zur Klärung der Frage des plötzlichen Todes spielt die Sektion, wenn es sich — wie bereits oben erwähnt — um eine tödliche Fettembolie handelt. Die Verletzungen als die Ursache des plötzlichen Todes anzunehmen, erscheint nicht möglich, weil sie ein zu geringfügiges Aussehen haben, sodaß man sich den Tod durch ein organisches Leiden zu erklären sucht. So erlitt ein Ingenieur bei einem Autounfall einen komplizierten Unterschenkelbruch. Bereits 20 Stunden nach der Verletzung trat Bewußtlosigkeit ein, die, ohne sich zu bessern, bis zum Tode anhielt. Da man sich auf Grund der Leichenöffnung (ausgeführt am 8. 10. 31 in Memmingen) den schnellen Eintritt des Todes nicht erklären konnte, nahm man eine Hirnhautentzündung an. Bei der im hiesigen Institut vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung stellte man eine enorm schwere Fetteinschleppung in Lunge, Gehirn und andere Organe fest, was auch die eigentliche Todesursache war. Das Fett hatte zuerst den Weg in die Lunge eingeschlagen und war von hier in das Gehirn und Rückenmark eingeschwemmt worden, was zu der tiefen Bewußtlosigkeit geführt hatte. Daß der Prozeß in diesem Fall besonders schwer war, geht auch daraus hervor, daß schon nach 20 Stunden die Bewußtlosigkeit eintrat und sich nicht nur in den peripheren Hirnblutgefäßen, sondern auch in den Nieren erhebliche Fetteinschwemmungen nachweisen ließen! (M. C. 167/31.) Auf die große forensische Bedeutung solcher Ergebnisse brauche ich weiter nicht hinzuweisen; sie fordern nur gewissermaßen die Notwendigkeit der Sektionen.

Wollen wir den Wert der Sektion bezüglich der Unfallbegutachtung näher ins Auge fassen, so kommen wir auf ein für unsere Zeit höchst bedeutsames Gebiet. Wie viele Angehörige der Verstorbenen beziehen zu Unrecht die hohen Sterbegelder und Renten, die den Berufsgenossenschaften und dem Staat und damit der Allgemeinheit entzogen werden! Es ist ja freilich nicht erforderlich, daß der Tod unmittelbar durch den Unfall bedingt ist; es genügt bereits, daß der Unfall eines der Momente war, die den Tod herbeigeführt haben; auch die Verschlimmerung eines bereits bestehenden Leidens fällt unter die Pflicht der Entschädigung. Es ist klar und begreiflich, daß ein Großteil der Hinterbliebenen versucht — sei es durch absichtliche Fälschung, sei es durch Verdrehung der Tatsachen zu ihren Gunsten — eine möglichst hohe Entschädigung aus dem Ableben eines Verwandten „herauszuschlagen". Hier kann eine Obduktion viel zur Klärung der Sachlage beitragen, um eine möglichst gerechte Beurteilung des Falles zu ermöglichen.

Leicht fällt es oft, eine natürliche Todesursache zu finden, wo die Angehörigen etwas anderes zu erdichten versuchen, wenn es sich um einen status asthmaticus, epilepticus, paralyticus oder senilis handelt. Hier sind die typischen Erscheinungen dem pathologisch geschulten Gerichtsmediziner so bekannt, daß er auf Grund des Sektionsbefundes schon genaue Angaben machen kann. Ebenso wird es ihm nicht schwer fallen, bei Unfällen mit unmittelbar damit im Zusammenhang stehenden Verletzungen diese als offensichtlich zum Tode führend zu erkennen. Ich denke hier an schwere Quetschungen innerer Organe, an Gehirnzertrümmerung oder Verblutung aus einem verletzten Gefäß. Anders ist die Sache bei der Frage des Unfallspättodes; hier muß sich der Gutachter immer wieder die Frage vorlegen: steht der Tod im Zusammenhang mit der Unfallverletzung? Er muß z. B. suchen nach Thromben, die bei mehrwöchigem Krankenlager, besonders bei älteren und kreislaufgestörten Kranken plötzlich in die Lunge oder bei der paradoxen Embolie unmittelbar in den Kreislauf fahren. Nicht selten tritt durch den gelben Staphylococcus bei Knochenmarkzertrümmerung eine Osteomyelitis ein, die dann sekundär zum Tode führt, wobei gerade diese Frage oft besondere Schwierigkeiten bereitet. Der Zusammenhang mit dem Unfall muß bejaht werden, wenn ein Trauma und noch Herde von Knochenmarksblutungen nachgewiesen werden können. Meist tritt dann der Tod durch Bakteriämie mit metastatischen Abscessen in Lunge, Niere, Myocard oder Milz ein. Auch die Amyloidose als Folge der durch ein Trauma bedingten Eiterung muß als Spätfolge angesehen werden. Als besonders

gefährliche Spätfolgen sind die plötzlichen Verblutungen gefürchtet, die aus den geschädigten Gefäßen bei Arrosionsaneurysmen erfolgen. Wie will die Leichenschau entscheiden, ob dieses Aneurysma tatsächlich auf das Trauma zurückzuführen ist, ob es nicht bereits auf luetischer, atherosklerotischer oder anlagemäßiger Basis entstanden war? Wie will sie erkennen, ob ein Absceß, der gerade im Stirnhirn lange reaktionslos verläuft und plötzlich durchbricht, um zu einer tödlichen Meningitis zu führen, Folge eines vorangegangenen Traumas ist, während der sezierende Arzt an einer etwa vorhandenen Membran makroskopisch oder mikroskopisch das ungefähre Alter bestimmen kann? Oft verlaufen bekanntlich schwerste krankhafte Veränderungen ohne irgendwelche dem Kranken oder seiner Umgebung auffallende Beschwerden.

Auch die traumatische Entstehung von Sarkomen und Gliomen muß hier genau geprüft werden, wofür ganz fest umrissene, allgemein gültige Richtlinien aufgestellt sind: so muß u. a. der Tumor am Ort der Gewalteinwirkung entstehen und ein größerer Zeitraum zwischen Trauma und Tod u. U. mit Brückensymptomen nachweisbar sein. All diesen Forderungen, die auch ein großes pathologisch-anatomisches Wissen voraussetzen und gerade bei dieser Frage einen besonders strengen Maßstab erfordern, ist die Leichenschau nicht im entfernteten gewachsen.

Dazu ein Beispiel:

(G. S. 362/34.) Der Schüler W. J. war am 4. 10. 34 beim Turnen gestürzt. Dabei soll er sich eine Verletzung am linken Fußknöchel zugezogen, dieser jedoch keine Beachtung geschenkt haben. Er ging bis 6. 10. zur Schule. Dann trat hohes Fieber auf. Der Arzt wurde zugezogen, der die Diagnose Blutvergiftung stellte. Der Zustand verschlechterte sich zusehends und am 11. 10. trat der Tod ein.

Die Leichendiagnose lautete kurz zusammengetaßt: Der Fuß zeigt den Zustand nach breiter operativer Freilegung des Sprunggelenkes von der Außen- und Innenseite wegen subperiostaler Eiterung am Kalkaneus. Keine Eiterretension. Keine Abszesse im Kalkaneus. Sulzige Durchtränkung der hinteren Rachenwand mit erbs- und haselnußgroßen Abscessen. (Beginnende Phlegmone.) Zahlreiche Abscesse der Lunge mit fibrinös-eitriger Pleuritis. Mehrere kleine Abscesse im Herzmuskel mit fibr.-eitriger Perikarditis. Milzschwellung, trübe Schwellung der Leber, Lipoidschwund der Nebennieren, kleine Nierenabscesse beiderseits.

T o d e s u r s a c h e : Blutvergiftung insbesondere in Form massenhafter Abscesse in den Lungen und im Herzmuskel. Das

Gutachten mußte dem Sektionsbefund entsprechend lauten: Der Tod des Knaben ist letzten Endes durch eine Blutvergiftung zustande gekommen. Während jedoch nach den Erhebungen der Krankheitsprozeß im Fußgelenk begonnen haben soll (nach dem Unfall beim Turnen), ist es nach dem Sektionsbefund wohl als sicher anzunehmen, daß die Krankheit von den Rachenorganen ihren Ausgang genommen hat, daß die Lungenabscesse von da aus entstanden sind und daß auch die eitrige Entzündung im linken Fußgelenk erst sekundär — vielleicht durch den Unfall ausgelöst — sich entwickelt hat. So konnte denn dank der sorgfältig ausgeführten Sektion der Unfall als primäre Ursache ausgeschaltet werden.

Zwei Fälle aus der Unfallbegutachtung herausgegriffen, sollen das oben Gesagte weiterhin erläutern:

Tatbestand: Am 31. Januar 1931 wurde der Krankenkassenverwalter J. R. aus einem Auto zu Boden geschleudert. Er soll damals eine Gehirnerschütterung erlitten haben, außerdem angeblich eine Sehnenzerrung am Fuß, einen Schädelbruch und daran anschließend eine Schädigung des Mittelohres. Diese Störung machte sich geltend in erheblicher Herabsetzung des Hörvermögens beiderseits, subjektiven störenden Geräuschen und Gleichgewichtsstörungen. An den Unfall schloß sich dann das Krankenlager des Verstorbenen an, welches am 7. Mai 1933 zum letalen Ende führte.

Die Öffnung der Leiche auf Ersuchen des Rechtsbeistandes der Witwe ergab folgende wesentlichen Ergebnisse:

Mäßiger Ernährungszustand, blasse etwas gelbliche Hautfarbe, keine Oedeme an den Beinen, geringes Oedem der Bauchdecken und der Brusthaut.

Akute, eitrige Meningitis der Konvexität und der Basis. Mäßiger Hydrocephalus internus mit sekundärer eitriger Infektion. Keine Narben des Gehirns, keine Schädelknochennarben. Umschriebene eitrig-fibrinöse nicht haemorrhagische Pachymeningitis membranosa über dem rechten Scheitellappen. Verdickung der harten Hirnhaut. Geringe Verdickung der Basisgefäße. Auffallend tiefe Türkensattelgrube.

Chronische Verdickung des rechten Trommelfells bei normalem linken Trommelfell. Keine chronische Mittelohrentzündung.

Geschwürig zerfallenes Karzinom des Dickdarms an der Flexura dextra coli, Durchbruch desselben in das verlötete Duodenum. Enorme Bildung faust- und

kindskopfgroßer Geschwulstmetastasen in der riesig vergrößerten Leber (Fettleber). Blutung in den Dickdarm.

Keine alten Rippenbrüche nachweisbar (Rippenbögen beiderseits herausgenommen).

Todesursache: akute eitrige Meningitis. Grundleiden: Dickdarmkrebs mit Lebermetastasen.

Die Witwe des Verlebten stellte an die Versicherungsgesellschaft Ansprüche, indem sie das Krankenlager und den Tod ihres Mannes auf den Unfall zurückführte. Nach den Bestimmungen der Gesellschaft wird eine Entschädigung gewährt, wenn sich vom Unfalltag an gerechnet innerhalb eines Jahres eine dauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ergibt. (§ 6/II.) Unter § 7, 4 heißt es dann weiter: „Für psychische und nervöse Störungen, durch welche im Anschluß an einen Unfall die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist, wird eine Entschädigung nur gewährt, wenn und soweit die Störungen auf eine durch Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems zurückzuführen sind."

Auf diese beiden Punkte Bezug nehmend fragte dann die Versicherungsgesellschaft an, ob und inwieweit die Ansprüche der Witwe gerechtfertigt seien.

Tatsächlich war im Verlauf des Jahres 1931 und 1932 bei einer Nachuntersuchung eine an Intensität zunehmende Störung der geistigen Funktionen festgestellt worden. Patient war vom 31. I. bis zum 1. IV. vollständig arbeitsunfähig und vom 1. IV. bis auf weiteres 50% arbeitsbeschränkt; diese Arbeitsbeschränkung dauerte bis 15. VII. 1931. Von da ab soll wieder volle Erwerbsunfähigkeit eingetreten sein. Es würde zu weit führen, auf alle Untersuchungen hier näher einzugehen. Erwähnt sei nur noch, daß bei völlig negativem organischen Nervenbefund der Patient weiterhin über subjektive psychische Ausfallserscheinungen und Kopfschmerzen klagte, was dann am 2. III. 32 zu seiner Versetzung in den Ruhestand führte. Unter zunehmendem körperlichen und geistigen Verfall starb dann der Patient am 6. Mai 1933. Soweit der Krankheitsverlauf!

Das vorläufige Gutachten lautete:

1. Der sezierte Mann ist gestorben letzten Endes an einer akuten eitrigen Gehirnhautentzündung, deren Ausgangspunkt bei der Sektion nicht klargestellt werden konnte.

2. In der Schädelhöhle und im Gehirn fanden sich keine nachweisbaren Folgen des am 31. 1. 1931 erlittenen Unfalls.

3. Das Grundleiden war ein Dickdarmkrebs, ausgehend von der rechten Dickdarmkrümmung mit Entwicklung sehr großer Krebsgeschwülste in der ganzen Leber, ein Leiden, das an sich in Bälde auch ohne die eingetretene Hirnhautentzündung zum Tod des Mannes geführt hätte.

4. Ein Zusammenhang der Krebsgeschwulst mit dem Unfall des Jahres 1931 ist höchst unwahrscheinlich.

Im Gutachten, das dann an die Versicherungsgesellschaft ging, spricht der Vorstand des hiesigen gerichtlich-medizinischen Instituts ebenfalls seine Ansicht dahingehend aus, daß der Tod weder direkt noch indirekt mit dem Unfall etwas zu tun habe und somit die Ansprüche der Witwe nicht gerechtfertigt seien. Da jedoch ein Zusammenhang oder eine Verschlimmerung des Leidens durch den Unfall nicht ganz von der Hand zu weisen war, wurde auf Vorschlag der Ärztekommission der Witwe die Hälfte der auf den Todesfall versicherten Summe zugestanden (M. C. 97/33).

Auch hier gelang es erst durch die Sektion das eigentliche Grundleiden zu finden. Nicht damit genug, daß der Kranke 2 Jahre hindurch zu Unrecht eine hohe Rente bezogen hatte, versuchte dann noch die Witwe in gutem Glauben aus seinem Ableben möglichst die ganze Summe zu erhalten, was ihr ohne die Sektion wohl auch zweifellos gelungen wäre.

Wie viel derartige Fälle mag es nun geben, wo die Angehörigen eine hohe Rente erhalten, die ihnen garnicht zusteht!

Andererseits sei hier auch darauf hingewiesen, daß oft eine Entschädigung von den Versicherungen abgelehnt wird, wo die Angehörigen ein Anrecht darauf hätten und, um die nötigen Kosten und die Aufregung sich zu ersparen, auf ihr Recht freiwillig verzichten. Hier ist es Sache des Gerichtsmediziners auf Grund des Sektionsbefundes zu beweisen, daß der Tod nicht etwa ausschließlich durch ein organisches Leiden bedingt war, sondern zum großen Teil auf einen Unfall zurückzuführen ist.

So versuchte eine Versicherungsgesellschaft in einem unserer Fälle der Zahlung der Versicherungssumme dadurch aus dem Wege zu gehen, daß sie den Tod des 55jährigen Schäfflers J. S. auf eine Herzverfettung zurückführte. Herr Professor Merkel riet jedoch der Witwe, sich nicht damit abzufinden. Es war durch die Sektion nämlich der Beweis erbracht, daß wenigstens zu 50% der Tod auf einen Unfall zurückzuführen sei, den der Verlebte durch Anfahren mit einem Fahrrad erlitten hatte. An und für sich zeigte

der Körper des Toten starke Verfettung. So war das Fettgewebe an Brust und Bauch sehr stark mit Fett bewachsen. Die Fettauflagerungen waren über der rechten Kammer 10 mm, über der linken 11 mm stark, doch zeigte das Herz keine Schwielenbildung, ebenso war das Lumen der Gefäße frei. Der linke absteigende Schlagaderast jedoch zeigte eine erhebliche Einengung der Lichtung, die von einer röhrenförmig angeordneten derben Wandverdickung herrührte. Sonst war jedoch das Herz gesund und leistungsfähig, was auch dadurch bestätigt wurde, daß der Mann bis zu dem Unfall arbeitsfähig war; wesentlich zum Tode mußten also die Verletzung und der durch den Unfall bedingte Shock beigetragen haben. Die Witwe hatte also Anrecht auf die Hälfte der Versicherungssumme, welche die Versicherung dann auch zahlte. Gleichzeitig konnte der Täter, der sich der gleichen Ausrede bedient hatte wie die Gesellschaft (G. S. 308/28), zu Schadenersatz verpflichtet werden.

Einen ähnlichen Fall beschreibt Schwartz in seiner Dissertation: Tod durch Ertrinken oder plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache:

Der Fischer S., welcher auf einem die Donau befahrenden Schleppkahn beschäftigt war, sollte von einem kleinen Boot aus, einer sogen. Zille, die Bordwand abwaschen. Bei seiner Arbeit fing er, wie der Steuermann eines in der Nähe liegenden Schiffes bemerkte, plötzlich an zu zittern und fiel rücklings aus dem Kahn ins Wasser. Die Rettungsversuche blieben erfolglos. Privatdozent Dr. Mueller nahm auf Wunsch der Berufsgenossenschaft die Sektion der nach 2½ Monaten exhumierten Leiche vor. An Hand der Sektionsergebnisse und der Anamnese des Krankenhauses, in welchem der Betreffende längere Zeit in Behandlung war und die Diagnose auf epileptiforme Anfälle und Meningitis luetica lautete, mußte der Unfall auf eine chronische, durch Lues bedingte Hirnhautentzündung und — als deren Folge — auf epileptiforme Anfälle zurückgeführt werden. Was nun die Frage der Berufsgenossenschaft betraf, bemerkte dann Privatdozent Dr. Mueller am Schlusse des Gutachtens, daß S. zwar bei jeder Gelegenheit hätte verunglücken können, daß jedoch die Art seines Berufes den t ö d l i c h e n Charakter des Unfalles bedingte. Denn gemäß der ärztlichen Erfahrungen muß man annehmen, daß ein Kranker an seinen epileptiformen Anfällen für gewöhnlich nicht stirbt; daher kam der Begutachter zu dem Schluß, daß die Eigenart des Berufes letzten Endes am Tode des S. schuld war. Daraufhin wurde der Witwe des S. die gesetzliche Rente zugesprochen.

So kann die Sektion gerade bei solchen Leuten, welche so notwendig jeden Pfennig brauchen und auch Anrecht auf eine Entschädigung haben, großen Segen stiften.

Es wird vielleicht als eine Selbstverständlichkeit erachtet und scheint der Erörterung überflüsig zu sein, wenn man die zivil- und strafrechtliche Bedeutung der Sektion und zwar aller 3 Körperhöhlen in Betracht zieht. Und doch erschließen sich bei näherer Betrachtung ungeahnte Möglichkeiten zur genaueren Beurteilung eines Falles. Vor allem sei erinnert an die Entlastung bezw. Belastung des Angeklagten auf Grund einer Sektion. So tritt der Tod oft ein nach scheinbar ganz geringfügigen Verletzungen. Dabei zeigt es sich, daß irgend ein organisches Grundleiden die Ursache des plötzlichen Todes war. So wurde z. B. ein 30jähriger kräftiger Wachbeamter bei der Arretierung eines Mannes zu Fall gebracht und starb augenblicklich. Eine Quetschwunde an der Stirn deutete auf Tod durch Schädelverletzung hin. Die Sektion zeigte unter der Quetschung nur eine Suffusion, sonst keine anatomischen Veränderungen am Kopf. Der Tod war aber die Folge einer Mesaortitis luetica. Oder aber in einem anderen Fall starb ein Boxer 6 Stunden nach einem Kampf an einem großen subduralen Hämatom. Gegen den Gegner wurde ein Strafverfahren eingeleitet wegen fahrlässiger Tötung. Die Sektion erwies einwandfrei eine chronische Pachymeningitis interna, die sich durch ein 6 Monate zurückliegendes Boxtrauma erklären ließ. Das eingeleitete Strafverfahren wurde auf Grund des Sektionsergebnisses eingestellt. Wäre man dagegen — also hier nur nach dem äußeren Befund — gegangen, so wäre der Angeschuldigte völlig unschuldig verurteilt worden.

Dazu noch zwei Beispiele aus dem hiesigen Institut.

1. Fall: (G. S. 204/27.) Der 50 Jahre alte Totengräber J. E. kam in einer Wirtschaft mit seinen „Spezeln" ins Geräufe; sie kamen zu Fall, plötzlich bemerkte man, daß J. E. röchelte und kurz darauf starb. Man klagte daraufhin die Mitbeteiligten wegen fahrlässiger Tötung an. Diese konnten jedoch durch die Sektion entlastet werden, da außer nur geringfügigen Blutunterlaufungen an der rechten Schulter und Darmbeinschaufel sich keine Spuren von äußerer Gewalteinwirkung nachweisen ließen; der Tod war hingegen durch Lähmung des nicht unerheblich vergrößerten Herzens erfolgt.

2. Fall: (G. S. 82/26). Der 70 Jahre alte H. starb 22 Tage nach einem Fahrradunfall. In einem hiesigen Krankenhaus wurde die Sektion vorgenommen, wonach der Betreffende an einer bösartigen

Geschwulst des Beckenbodens (Prostata?) gestorben sein sollte. Da die Beckenorgane bei der am gerichtlich-medizinischen Institut München vorgenommenen Sektion nicht mehr vorhanden waren, konnte dieser Befund nicht mehr erhoben werden. Erwiesen wurde jedoch eine Pachymeningitis haemorrhagica interna der linken Seite, leicht diffuse Leptomeningitis, zarte fibrinös-haemorrhagische P. i. auf der linken vorderen und mittleren Schädelgrube. Ferner fanden sich Fissuren der linken Schädelgrube durch die Schläfenschuppe. Der Tod mußte daher als Folge des offenbar erheblichen Unfalles angesehen werden, während die Erstsektion Tod aus natürlicher Ursache festgestellt hatte!

Oft wird auch der Angeklagte dadurch entlastet, daß sich bei der Sektion herausstellt, daß zur Zeit des Unfalles der Verstorbene bereits tot oder dem Tod bereits verfallen war, insofern als er auch ohne jeden Unfall kurze Zeit später gestorben wäre. Auf Grund unserer Erfahrung müssen wir annehmen, daß z. B. Autofahrer bestraft werden, die durch die Obduktion hätten freigesprochen werden müssen. Wer gibt uns die Gewißheit, daß der Überfahrene, bevor er unter die Räder kam, noch im Besitz der vollen Gesundheit war oder ob er nicht bereits von einem anderen Fahrzeug tödlich verletzt und von dem nachfolgenden nur mehr als Leiche überfahren wurde?

Hingewiesen sei an dieser Stelle noch auf die beiden Fälle, in welchen Autofahrer bereits vorher tödlich Verunglückte überfuhren. Man fand an den beiden Leichen Knochenbrüche die postmortalen Charakter trugen, d. h. keine vitalen Blutungen aufwiesen. (G. S. 393/39 und 340/34.) Die Bedeutung dieser Befunde in strafrechtlicher Beziehung sind als selbstverständlich zu betrachten. Da demnächst eine genaue Abhandlung dieser Fälle erscheinen wird, erübrigt sich ein näheres Eingehen hierauf an dieser Stelle.

Ein weiterer, sehr interessanter derartiger Fall wurde vor 4 Monaten seziert:

(G. S. 383/34.) Der 69 Jahre alte F. E. fuhr am 26. 10. 34 mit seinem Fahrrad — wie Augenzeugen berichten — sehr unsicher. Er machte den Eindruck eines Betrunkenen. An der Lenkstange hatte er einen schwer beladenen Gepäckträger befestigt; plötzlich fuhr er ohne erkennbaren Grund nach links gegen einen Straßenbahnwagen. Er wurde zur Seite geschleudert, bewußtlos in die Klinik eingeliefert; er blutete aus beiden Ohren; nach und nach bildete sich ein Brillenhämatom. Die tiefe Bewußtlosigkeit hielt an und ein Tag nach dem Unfall starb er.

Da nach dem Bericht der Zeugen der alte Mann sehr unsicher auf seinem Rad gefahren war, wurde der Alkoholgehalt in Blut und Harn bestimmt. Die Untersuchung ergab in beiden Fällen O o/oo. Aber dafür fand sich dann bei der Sektion im Bereich der gesamten linken inneren Kapsel ein hühnereigroßer Blutungsherd, der von dunklem geronnenem Blut gebildet wurde. In der Umgebung des Herdes waren außerdem noch verschiedene stecknadelkopfgroße Blutungen und ältere kleinere Erweichungsherde. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte dann noch endgültig die Annahme, daß der Mann offenbar zuerst eine Apoplexie bekommen hatte und daraufhin erst unter den Straßenbahnwagen gefallen war. So konnte denn der Straßenbahnführer von der Schuld am Unglück durch die gewissenhaft ausgeführte Sektion freigesprochen werden, weil letzten Endes ein Tod aus natürlicher Ursache vorlag.

Auch Blutaustritte unter die Haut, die den Verdacht auf fortgesetzte Mißhandlungen erwecken, können zu Fehldiagnosen Veranlassung geben. So gibt es durch Krankheitsprozesse bedingte Blutaustritte in die Haut, die Schleimhäute und innere Organe. Diese Erscheinung hat bei der Leichenschau schon oft zu falschen Deutungen geführt und besonders bei Kindern den Schein von Mißhandlungen erweckt; erinnert sei an die Barlow'sche Krankheit, sowie an Skorbut, Hämophilie, Allgemeininfektion. Erst der negative Befund bei der Sektion und das völlige Fehlen der Fettembolie in der Lunge schützt vor Irrtümern.

Eine ganz große Rolle spielen die traumatischen Weichteilblutungen, auf die besonders W a l c h e r hingewiesen hat. Es sind dies Blutungen unter der Haut, die bis in die Muskulatur reichen können. Oft sind dabei äußere Verletzungen garnicht sichtbar. Erst beim Einschneiden finden wir ausgedehnte Blutunterlaufungen, die meist von einem Sturz herrühren. Diese Entscheidung ist deswegen so wichtig, weil es sich darum handelt zu unterscheiden, ob Sturz oder Tötung durch dritte Hand vorliegt.

(G. S. 184/27.) Im gerichtlich-medizinischen Institut wurde die Leiche eines 50jährigen Mannes seziert, den man in der Frühe bewußtlos im Treppenhaus gefunden hatte. Da seine Geldbörse fehlte, wurde der Verdacht eines Raubüberfalles ausgesprochen. In der chirurgischen Klinik wurde eine Trepanation vorgenommen, der Patient starb jedoch noch am gleichen Tag, ohne das Bewußtsein wieder erlangt zu haben; die Sektion ergab als Todesursache einen schweren Schädelbruch, der zu ausgedehnten Blutungen in und um

das Gehirn herum geführt hatte. Der Schädelbruch war durch eine stumpfe Gewalteinwirkung auf die Gegend des rechten Scheitelhöckers zustande gekommen. Diese Verletzung konnte nun ebenso durch dritte Hand wie auch durch Sturz auf den Kopf entstanden sein. Da man, abgesehen von der Wunde am Schädel äußerlich nichts sah, wurde am Schluß der Sektion die Leiche noch einmal abgesucht, ob nichts übersehen war. Beim Einschneiden über dem rechten Trochanter major fanden sich dann Blutunterlaufungen, die bis in die Muskulatur reichten. Desgleichen zeigte der rechte Deltamuskel, ferner die Weichteile über dem rechten Ulnaköpfchen, dem rechtsseitigen Darmbeinkamm und der Fibula starke Blutungen. Dabei hatte man äußerlich nichts als ein zweimarkstückgroßes Décollement der Haut über dem rechten Olekranon gesehen! Da der Mann den Unfall 15 Stunden überlebte, hätte der Körper also genügend Zeit zu irgendwelchen Reaktionen in der Haut gehabt. Die Erfahrung lehrt, daß manche scheinbar tiefer gelegene Blutungen nach Stunden oder Tagen auf der Haut sichtbar werden. Diese Befunde, die sich nur auf die rechte Körperseite beschränkten, ließen den Schluß ziehen, daß der Mann infolge seiner Trunkenheit — Alkoholgenuß in der betreffenden Nacht war nachgewiesen — im Treppenhaus gestürzt war. Doch boten — wie bereits oben erwähnt — die Verletzungen am Schädel keine genügenden Anhaltspunkte, um ein Verschulden durch dritte Hand auszuschließen. Einen ähnlichen Fall beschreibt Walcher: ein sinnlos Betrunkener zog sich durch Hinstürzen einen linksseitigen Schädelbruch und ein extradurales Hämatom zu. Die Staatsanwaltschaft ordnete nach einer bereits in einem anderen Institut außergerichtlich vorgenommenen Sektion eine gerichtliche Nachsektion an mit der Frage: „Schlag auf den Kopf oder Sturz im Rausch allein?" Wieder gelang es durch Einschnitte in die prominenten Stellen beider Körperseiten erhebliche streifige Blutungen nachzuweisen, die durch ihre typische Lokalisation auf einen Sturz hinwiesen. Die polizeilichen Ermittlungen ergaben darnach, daß ein zweimaliges Hinstürzen des Berauschten schon vor der Wirtschaft von Zeugen beobachtet worden war.

In beiden Fällen konnte also nur die genau durchgeführte Sektion die Klärung des Falles herbeiführen.

Wie so auf der einen Seite ein Angeschuldigter entlastet wird, beziehungsweise der Verdacht einer strafbaren Handlung sich nicht bestätigt, so kann andererseits erst die Sektion zur Überführung des Täters beitragen. Die meisten unserer Fälle betreffen Verkehrsunfälle.

Ein Fall nur sei herausgegriffen:

(G. S. 412/34.) Die 86 Jahre alte Steinmetzwitwe B. B. wurde am 9. 11. 34 beim Überqueren der Straße von dem Motorrad des S. angefahren. Sie klagte über Schmerzen in der linken Brust, stellte jedoch keinen Strafantrag gegen den Fahrer; sie wurde vorsorglich vom Rettungsdienst in ihre Wohnung gebracht, wo sie am folgenden Tag starb.

Außer kleinen Hautabschürfungen und Blutunterlaufungen der rechten Augengegend und der Hand waren äußerlich keine schweren Verletzungen festzustellen. Man dachte daher kaum, daß der Tod in Zusammenhang mit dem Unfall stände. Und doch wurde der Führer wegen fahrlässiger Tötung bestraft, da sich bei der Sektion ergeben hatte, daß die Frau an einer Fettembolie gestorben war. Diese war durch den Sturz und die damit verbundene Gesamterschütterung des Körpers erfolgt!

Einen ganz großen Dienst leistet uns die Sektion im Gegensatz zur bloßen Leichenschau, wenn es gilt, die genauen Umstände die bei der Tötung eines Menschen vorlagen, zu erforschen. Der tödliche Charakter einer Verletzung durch stumpfe Gewalt genügt oft nicht allein. Die Sektion soll ermitteln: das benutzte Werkzeug, den Ort der Gewalteinwirkung, die Priorität der tödlichen Verletzungen, wenn mehrere Täter im Spiel waren und endlich die Konkurrenz der Todesursachen. So geben oft die Verletzungen von Knochen die Form des verletzenden Werkzeuges wieder. Ja, mitunter finden sich in den Wunden, Wundtaschen und Knochensprüngen noch Teile des verletzenden Werkzeuges wieder, die natürlich durch bloße Besichtigung der Leiche unentdeckt bleiben. In einem Knochensprung des Schädels bei dem Getöteten L. aus R. fand Herr Professor M e r k e l eine Substanz, die wie ein Stückchen Kohle aussah. Der Chemiker des Instituts konnte dieses Teilchen dann als Eisen ermitteln, sodaß man auf die Art des Werkzeuges schließen konnte; dies war gerade in diesem Fall wichtig, da mehrere corpora delicti vorlagen und damit als solche ausgeschlossen werden konnten. Auch K e n y e r e s teilt einen Fall mit, wo sich an einer Verletzung des Schädeldaches am Knochen Bleispuren fanden. Es wurde vergeblich nach einem Projektil gesucht, bis es sich herausstellte, daß es sich garnicht um einen Schuß gehandelt hatte, sondern der Täter hatte sich eines mit einer Bleikugel armierten Stokkes bedient.

Der Entscheidung über die Konkurrenz der Todesursachen steht die bloße äußere Besichtigung machtlos gegenüber. Ist es bei einer

einzigen Todesursache meist nicht allzu schwer durch die Sektion diese zu erkennen, so wird es schon schwieriger, wenn mehrere Todesursachen in Betracht kommen. Hier gilt es zu entscheiden, welche der in Frage kommenden Einwirkungen letzten Endes den Tod verursachten. Nur die Obduktion kann die Frage, auf Grund anatomisch-pathologischer Kenntnisse und gerichtlich-medizinischer Erfahrung des Arztes, beantworten: ist die wirkliche Todesursache natürlichen oder gewaltsamen Charakters oder bei mehreren Tätern, welcher hat den tödlichen Streich geführt? Dies ist strafrechtlich von größter Bedeutung, wie folgender Fall eines Obergutachtens beweist:

Ausgedinger W. war teils durch Schüsse teils durch Schläge mit einem Flintenlauf ermordet worden. 3 waren des Mordes angeklagt, von denen jeder die Schuld von sich auf den andern abwälzte. Die Sektion ergab nun, daß W. durch die Schüsse zwar schwer verletzt, der Tod jedoch durch die Schläge mit dem Flintenlauf eingetreten war. Da nun zwei der Angeklagten geschlagen hatten, wurden diese zum Tode, der andere jedoch zu 10 Jahren Zuchthaus verurteilt. (H. Fischer.) Wieder ein Beweis wie genau die Sektion arbeitet und den Richter in solch wirklich komplizierten Fällen unterstützt.

Sehr interessant ist ein Fall, den Herr Professor Merkel durch das Medizinal-Komitée der Universität München zu begutachten hatte. Es handelt sich darum, ob der Hilfsarbeiter M. Sch. durch Sturz verunglückt oder aber erschlagen oder durch irgend eine Gewalt getötet worden war.

(M. C. 136/32.) Nach der Meldung der Gendarmerie hat der 53 Jahre alte M. Sch. in einer Wirtschaft bis 3¼ Uhr früh gezecht, war vorübergehend auf einer Wirtschaftsbank eingeschlafen und hatte sich allein entfernt. Etwa ¼ Stunde später wurde er — etwa 30 m von der Wirtschaft entfernt — auf der Straße auf dem Rükken liegend tot aufgefunden. Nun galt es zu entscheiden, ob Sch. infolge eines durch den Alkohol oder durch sein krankhaftes Herz bedingten plötzlichen Schwächeanfalles zu Tode gestürzt oder aber erschlagen, oder ob er durch eine andere Gewalteinwirkung verunglückt war.

In diesem Fall ist es geradezu erstaunlich, wie durch die genauere Besichtigung des mazerierten Schädels der ganze Ablauf der Verletzungen rekonstruiert werden konnte.

Man fand:

1. In der hinteren Schädelgrube einen sich verzweigenden senkrechten Sprung durch die linke Hälfte der hinteren Schädelgrube

einerseits bis zum großen Hinterhauptsloch reichend, mit Zertrümmerung der linken Kleinhirnhälfte, andererseits bis in die linke Felsenbeinpyramide sich fortsetzend.

2. Einen mehrfachen Sprung des Daches der rechten Augenhöhle, in das Siebbein hineinreichend und von hier hinüber in das linke Augenhöhlendach. Dann vor allem:

3. Weitgehende Zertrümmerung des ganzen Nasenbeins, ferner der linken Hälfte des Oberkieferknochens und des Jochbeinansatzes sowie der mittleren der Nase zu gerichteten Wand der linken Augenhöhle.

Diese schweren Verletzungen (unter 3) ließen sich nicht erklären als gleichzeitige Folge des Hinterhauptschädelbruches. Daraus konnte man also nun den Schluß ziehen: auf den Schädel mußte eine doppelte direkte Gewalteinwirkung stattgefunden haben. Der schwere Bruch am Hinterkopf kann so gedeutet werden, daß der Mann einen ganz schweren Sturz direkt auf den Hinterkopf erlitten hatte und es dadurch zu einem Schädelbruch und zu einer Quetschung der linken Kleinhirnhälfte gekommen war und durch den Sturz eine schwere, sofort zur Bewußtlosigkeit führende Gehirnerschütterung die Folge war.

Ferner mußte aber eine zweite Gewalteinwirkung von erheblicher Stärke die Vorderseite des Gesichts getroffen haben. Es wäre also, wenn man beide Verletzungen sowohl des Hinterhauptes als auch des Gesichtschädels in Betracht zieht, völlig ausgeschlossen, daß diese nur durch Sturz entstanden sein konnten. Würde der vielleicht betrunkene Sch. in seinem Rausch nach vorne gefallen sein, dann wäre es vollkommen unmöglich gewesen, daß ein so schwer verletzter Mann sich nochmals erhoben und dann erst nach rückwärts gestürzt sei. Genau so unmöglich war das Umgekehrte der Fall. Dieser Befund deckte sich auch mit den Angaben der Kassiererin Z. J., die in der Wirtschaft beschäftigt war. Diese hatte, als sie in ihrem Zimmer mit Auskleiden beschäftigt war, einen Schrei gehört, der vermutlich von dem sich entfernenden Sch. stammte. Sie glaubte, soweit sie eben in der Dunkelheit etwas unterscheiden konnte, darnach einen Radfahrer gesehen zu haben, der sich von der Stelle, an der Sch. gefunden wurde, entfernte, ohne sein Rad beleuchtet zu haben. Auch wähnte sie ein ähnliches Geräusch wie das Scheppern eines Fahrrades vernommen zu haben und vermutete deswegen, daß der Fahrer gestürzt sei.

Auf Grund dieser Erhebungen konnte dann an Hand des Sektionsergebnisses der Hergang des Unglücks erklärt werden. Der

vom Wirtshaus» vielleicht schlaftrunken oder betrunken nach Haus wandelnde Sch. mußte mit ziemlicher Wucht von vorne her von einem vermutlich ohne Licht fahrenden Rad- oder Motorradfahrer angefahren und zu Boden geschleudert worden sein, wobei dann der schwere Hinterhauptsbruch mit der Klein- und Großhirnverletzung zustande kam; dann ist der Fahrer vermutlich mit dem Rad gestürzt und ist mit einem vorstehenden Teil seines Rades, vielleicht der Lenkstande oder dem Haken für die Laterne, auf das Gesicht des am Boden Liegenden hinaufgefallen und hat ihm dadurch direkt die schweren Verletzungen des knöchernen Nasengerüstes und der inneren Nase beigebracht.

Durch den ganz charakteristischen Befund am Schädel bestand also kein Zweifel mehr, daß Sch. einem Unfall zum Opfer gefallen war und nicht eines Todes durch einen einfachen Sturz starb. Bei der bloßen Besichtigung der Leiche wäre man natürlich über den bloßen Verdacht eines Unfalles nicht hinausgekommen, wenn nicht viel eher noch der Verdacht auf Tötung durch dritte Hand aufgetaucht wäre.

So ließen sich die Beispiele vermehren, wo erst die Sektion die endgültige Entscheidung brachte, welche der verschiedenen Todesursachen die eigentliche ist. Erwähnt sei nur noch die Unterscheidung zwischen Überfahrung und einfachem Sturz aus dem Stand durch den Nachweis größerer Taschenbildungen zwischen Periost und Galea. Ferner sind die kleinen Spaltbildungen zwischen Cutis und Fettgewebe bezw. zwischen Galea und Fettgewebe beweisend für den Ort der Gewalteinwirkung. (W a l c h e r.)

Erwähnt sei zum Schluß, wie nur mit Hilfe der Sektion oft im Gegensatz zur Leichenschau auf das Mittel oder Werkzeug, mit denen die Tat begangen wurde, geschlossen werden kann. Sehr strenge diesbezügliche Vorschriften bestehen in Österreich. Hier wird nach § 132 der österreichischen St. P. O. den Sachverständigen aufgetragen, sich darüber auszulassen „durch welche Mittel oder Werkzeuge und auf welche Weise die körperlichen Verletzungen zugefügt worden seien". Meist ist die Beantwortung dieser Frage mittels Leichenschau günstigenfalls nur dahingehend möglich, daß man bestimmen kann, ob es sich um ein stumpfes oder ein scharfes, stechendes Werkzeug handelt. Am besten Aufschluß gibt uns der Schädel, da er vor allen Körperteilen am meisten Verletzungen ausgesetzt ist. S c h r a d e r berichtet einen Fall von einer besonderen Art eines geformten Schädelbruches, der seiner Ansicht nach durch Fußtritte hervorgerufen worden sein sollte. Die eigentümlich gearteten Bruchlinien in dem recht dünnen Schädeldach boten krimi-

nalistisch Anhaltspunkte zur Bestimmung des Werkzeuges, das in der Kontur eines Schuhabsatzes sich finden ließ. Auch Schmidtmann beschreibt einen Fall, bei dem durch die genaue Besichtigung der Schädelzertrümmerung auf das Werkzeug sich Rückschlüsse ziehen ließen: zwei Landleute fuhren zusammen nach beendeter Jagd in ihrem Jagdwagen nach Haus. Unterwegs soll der Wagen umgekippt sein und den einen der Mitfahrer unter sich begraben und erdrückt haben; die Lochbrüche, die bei der Sektion gefunden wurden, waren jedoch so typisch für die Bestimmung von stumpfer Gewalteinwirkung durch ein Werkzeug, daß der beschuldigte Mitfahrer unter dem Druck der Beweise zugab, seinen Bekannten mit einer Keule erschlagen zu haben.

Ganz besondere Aufmerksamkeit ist jedoch in unserer Zeit auf die etwaige Bestimmung des verletzenden Fahrzeuges, durch das möglicherweise der Unfall bewirkt wurde, zu richten. Man glaubt oft, durch die äußere Besichtigung genügend Aufschluß über die Art des Fahrzeuges zu erhalten. So nimmt man fälschlicherweise an, daß bei Wagen mit Pneumatiküberzug auf den Rädern die Wirkung auf die Haut vermindert würde, daß man hier also keine oder nur geringe Verletzungen finden könne. Dem ist jedoch nicht so. Friedemann hat gezeigt, daß auch harte Räder, wenn der Körper seinerseits sich auf einer elastischen Unterlage befindet, wenig Hautverletzungen nach sich ziehen können; gerade hier finden wir das Mißverhältnis zwischen äußeren und inneren Verletzungen groß, und so kommt es auch, daß bei einem großen Teil der tödlich verlaufenen Fälle durch Überfahren Hautveränderungen gänzlich fehlen. Doch nicht nur in diesen Fällen ist eine Sektion angezeigt, auch bei äußerlich hochgradigen Zertrümmerungen des Schädels stellt sich oft bei der Sektion heraus, daß der Tod entgegen dem naheliegenden Verdacht der Tötung durch dritte Hand oder einen Sturz, doch durch einen Verkehrsunfall eingetreten ist. Auch hier kann die Sektion vieles aufdecken:

(M. C. 170/31.) Der 75 Jahre alte Taglöhner J. L. ist am 6. September 1931 nachmittags gegen ½6 Uhr vom Hause weg in eine Gastwirtschaft und wollte bis ½9 Uhr wieder heimkommen. Den Aussagen der Zeugen gemäß hat er gegen ½9 Uhr in nüchternem Zustand die Wirtschaft verlassen. Da er an diesem Abend nicht nach Hause kam, erstattete seine Ehefrau Anzeige. Am 7. September 1931 früh 5 Uhr wurde die Leiche des L. am Rechen des Sägewerks E. gefunden. Da man aus der äußeren Besichtigung auf eine gewaltsame Todesart schloß, wurde die Leiche

seziert. Welcher Art die Verletzung war, konnte man sich zuvor nicht erklären.

Durch Erhebung wurde festgestellt, daß die Leiche innerhalb 8½ Stunden (!) 20 km — gemessen in der Luftlinie — im Wasser getrieben wurde; da auf dieser Strecke verschiedene Sägewerke und Mühlen liegen können, wurde angenommen, daß die Verletzungen an der Leiche von den Rädern dieser Betriebe herrührten. Bei der Obduktion wurde jedoch festgestellt, daß die Verletzungen, die fast den ganzen Körper betrafen, alle vitalen Charakter trugen, d. h. während des Lebens entstanden waren. Nachdem sich eine hochgradige Zertrümmerung des Schädeldaches, ein schwerer Halswirbelsäulenbruch und mehrere Rippenbrüche fanden, wobei aber die Kleider fast unverletzt waren, mußte die Annahme, die Verletzungen seien durch die Räder der Werke entstanden, als irrig verworfen werden. Denn es kommt kaum vor, daß eine Leiche durch Mühlenräder hindurchgeht, ohne daß die Kleider verletzt sind. Die Verletzungen an Kopf, Hals und Brust, die bei der Sektion sich ergaben, sprachen jedoch für einen Autounfall. Der Mann war wohl zuerst überfahren und dann vom Täter in den Bach geworfen worden.

Erwähnt sei allerdings, daß die Polizei sich den Fall trozdem nicht erklären konnte, da in der Nähe des Baches keine fahrbare Autostraße war. Ob es sich um einen bloßen Sturz des J. L. in den Bach handelte oder — wie es dem Sektionsbefund nach wahrscheinlicher erscheint — die Hand eines dritten mit im Spiele war, sei deswegen dahingestellt.

An all diesen Beispielen sehen wir, wie wichtig und aufschlußreich die Sektion, wie gering dagegen die Ausbeute der bloßen Leichenschau ist. Wenn man sich jedoch mit der bloßen Leichenschau begnügen will, so sollte sie — wie uns die Beispiele zu Beginn der Abhandlungen lehrten — nur von Ärzten ausgeübt werden. Doch bildet die Sektion nach wie vor den bedeutungsvollen Schlußstein der objektiven ärztlichen Feststellung am menschlichen Körper. Besonders hingewiesen sei aber noch auf eines: das sind die Unfälle, die sich in den Betrieben ereignen. Hier ordnet meist das Gericht die Sektion an; infolgedessen muß der Staat die Sektionsgebühr bezahlen. Hier könnte vielleicht die Anordnung getroffen werden, daß bei jedem Unfall im Betrieb die Berufsgenossenschaften die Sektion durchführen lassen und die Kosten der Sektion übernehmen müßte. Auch der Satz: „Gemeinnutz geht vor Eigennutz" würde seine Verwirklichung finden. Denn — wie bereits oben erwähnt — ist nicht jeder Unfall durch die Gefahren,

die nun einmal jedem an seiner Arbeitsstätte drohen, bedingt. Viele ereignen sich bei Bestehen organischer Leiden, die eigentlich die primäre Ursache des Unfalles sind. So könnten Entschädigungsgelder gespart und für andere wirkliche Opfer der Arbeit verwendet werden.

Die Ursache für die heute noch verhältnismäßig wenigen Sektionen dürfte zum Teil auch darin zu suchen sein, daß die Kosten gescheut werden. Ein großes Entgegenkommen zeigen die Behörden in Bayern. Hier sind die Amtsärzte verpflichtet, die Offizial-Sektion umsonst zu machen, während bei gerichtlichen Sektionen bis jetzt auch nur der zweite Sezierende bezahlt wird. Diese Anordnung sollte auch im übrigen Deutschland getroffen werden, dann würde wohl auch die Zahl der Sektionen zunehmen.

Bei Berücksichtigung all dieser Punkte wird die Sektion in Deutschland den Platz einnehmen, der ihr entsprechend der hohen Bedeutung auch zukommt.

Zum Schluß sei es mir gestattet, Herrn Obermedizinalrat Professor Dr. M e r k e l für die liebenswürdige Überlassung des Themas und die Übernahme des Referates meinen besten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

1. Bauer: Über zentrale Leberrupturen. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin 1918, 3. Folge, Band 56.

2. Brack: Über die Begutachtung des Unfallspättodes. Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 1933, Band 22, Seite 178.

3. Fischer: Das bayerische Feuerbestattungsrecht, München und Berlin 1913.

4. H. Fischer: Über die Konkurrenz der Todesursachen. Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 1923, Band 2, Seite 48.

5. A. Foerster: Plötzlicher Tod beim Boxkampf. Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 1933, Band 20, Referate, Seite 256.

6. Haberda: Die Diagnose des verletzenden Werkzeuges. Wiener Beilagen zur gerichtlichen Medizin 1930, Band 10, Seite 1.

7. Hanhart: Über die amtliche Totenschau. Zürich 1916.

8. Hofmann: Haberda: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, 11. Auflage 1927. Seite 484.

9. Hofmann-Haberda: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, 11. Auflage 1927. Seite 228.

10. Hofmann-Haberda: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, 11. Auflage, Seite 298.

11. Hofmann-Haberda: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, 11. Auflage, Seite 453.

12. John: Über Darmzerreißungen durch stumpfe Gewalten in gerichtsärztlicher Hinsicht. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, 1920/21, Band 62, Seite 276.

13. Klein: Zur Ausführung der obligatorischen Leichenschau. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, 1911, III. Folge, Band 41, Seite 361.

14. Kratter: Gerichtliche Medizin, 2. Auflage 1921, Band 1, Seite 334.

15. Kratter: Gerichtliche Medizin, 2. Auflage 1921, Band 1, Seite 327.

16. Merkel: Über Mageninhalt und Todeszeit. Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 1922, Sonderdruck aus Band 1, Heft 6, Seite 346.

17. Nippe: Die kriminalistischen Gesichtspunkte der gerichtlichen Sektion. Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 1932, Band 18, Seite 103.

18. Raestrup: Umdeutung von Sektionsergebnissen. Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 1929, Band 13, Seite 291.

19. Schmidtmann: Handbuch der gerichtlichen Medizin, 9. Auflage, 2. Band, Seite 82, Berlin 1907.

20. Schmidtmann: Handbuch der gerichtlichen Medizin, 9. Auflage, 2. Band, Seite 93 und 86.

21. Schrader: Tödliche Schädelverletzungen durch Fußtritte. Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin, 1933, Band 22, Referate, Seite 83.

22. Schwartz: Tod durch Ertrinken oder plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache. Inauguraldissertation 1933. Gerichtlich-medizinisches Institut der Universität München.

23. F. Straßmann: Die tödlichen Verletzungen durch Automobile. Viertelsjahrsschrift für gerichtliche Medizin 1912, Band 43, III. Folge, 2. Supplementheft, Seite 76.

24. Tilp: Über einen Fall von traumatischer Lungenruptur ohne Fraktur des Thoraxskelettes. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin 1913, Band 46, Seite 341.

25. Walcher: Über den Nachweis traumatischer Weichteilblutungen an der Leiche und dessen praktische Bedeutung. Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1928, Band 41, Nummer 15.

26. Walcher: Über stumpfe Kopfverletzungen. Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 1931, Band 17, Seite 22.

27. Wehner: Stumpfe Gewalt in ihrer Auswirkung auf den jugendlichen Brustkorb nach einschlägigen Sektionsbeobachtungen. Inaugural-Dissertation 1929. Gerichtlich-medizinisches Institut der Universität München.

28. Wenzel: Die Leichenschau. Sonderdruck aus dem Reichsgesundheitblatt 1933, Heft 4, Seite 66—73.

Lebenslauf.

Als Sohn des Bergmannes Johannes K a s s e l und seiner Ehefrau Katharina geb. Meisinger bin ich am 4. Februar 1911 zu Ramstein (Rheinpfalz) geboren. Ich besuchte 4 Jahre die Lateinschule in Landstuhl (Pfalz) und dann das Reformrealgymnasium St. Ingbert (Saar), wo ich im April 1930 absolvierte. An der Universität München begann ich mein medizinisches Studium. Hier legte ich im Sommer 1932 die ärztliche Vorprüfung ab. Mein klinisches Studium führte mich an die Universitäten Wien und Hamburg. In München beendete ich am 21. November 1935 mein medizinisches Staatsexamen.